维普资讯 http://www.cqvip.com

妥善连接输液器,保证术中输液用药通畅。取膀胱截石位,两腿尽量放低,以利于术中暴露视野;注意避免压迫腓总神经,防止出现腓总神经损伤。行气囊导尿管留置导尿,保持管道通畅,术中需随时观察颜色及尿量。两台监视器位于手术台的两侧,并根据情况移动监视器位置;术者常规站病人两腿之间。将超声刀置于术者方便操作的适当位置。巡回护士应熟练掌握各仪器的性能、连接方式和注意事项,严格仪器操作规程,随时注意术中操作步骤,根据手术要求,及时合理地调整仪器参数,开启并管理录像监视系统,进行摄录像[1]。将负极板放于肌肉丰富处,预防灼伤发生。摆体位时,要反复检查,将躯体和双下肢与床及金属托架的接触部位用敷料隔离。术前掌握病人各项检查化验结果,术中严密观察病情,注意生命体征、中心静脉压、血氧饱和度等参数的变化。

4 体会

腹腔镜手术作为一种新技术已成为手术发展史上新的里程碑。电视腹腔镜下回肠代阴道成形术,是近几年开展的新技术,具有切口小、手术创伤少,对病人的生理干扰轻、出血少,术后疼痛轻、恢复快、住院时间短等优点。由于使用CO_2气体时气道压增加,呼吸系统顺应性下降,且由于CO_2有良好的溶解性,容易由腹膜吸收入血,使CO_2分压升高,易导致高碳酸血症[2-3]。因此术前须详细掌握患者心肺功能的状况,术中严密监测血氧饱和度,肺通气量,动脉血气分析和血$PaCO_2$等心肺功能的变化。良好的气腹维持与适宜的体位保证良好的手术显露。灌气应从低流量(1 L/min)开始,使病人有个适应的过程,逐渐达到高流量(12~40 L/min),注意监测腹内压力到1.87~2.13 kPa,维持通畅的气体流量;保持适宜的手术体位,将病人头部降低15°~20°,借助腹腔内诸脏器的重力关系可协助显露手术视野,使手术顺利进行。

[参考文献]

[1] 聂智容,颜 婕,邱金玉. 电视胸腔镜胸腺切除手术配合[J]. 护士进修杂志,2003,18(5):425-426.
[2] 侯利还. 腹腔镜胃间隔捆扎术的手术配合体会[J]. 中国内镜杂志,2002,8(1):82-83.
[3] 聂智容,颜 婕,邱金玉,等. 腹腔镜下全结肠切除术治疗慢传输性便秘的手术配合[J]. 第三军医大学学报,2004,26(10):912.

(编辑:张天飞)

十二指肠乳头腺癌术后伴胶冻样腹水1例

许 涛,王 菲 (成都军区总医院肿瘤科,四川 成都 610083)

[关键词] 乳头腺癌;十二指肠癌;腹水
[中图分类号] R735.31 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)03-0217-02

胶冻样腹水较罕见,国内仅限于少数腹膜疾病(如腹膜假性粘液瘤等)有报告,由于消化系统肿瘤或术后引起粘液样腹水的尚无相关资料或报告。现将我院收治十二指肠乳头腺癌术后伴粘液样腹水1例报告如下。

1 临床资料

患者女性,49岁,因"右上腹隐痛3月余,皮肤巩膜黄染1月"于2004年3月29日入住我科。入院后电子胃镜检查提示十二指肠新生物;病理报告提示十二指肠粘膜腺体结构紊乱,细胞显示异型性,趋向腺癌。2004年4月14日在全麻下行"胰十二指肠切除术",术中见十二指肠乳头部有菜花样环形组织,手术切除胰头部、胃远端、胆总管下段、十二指肠。术后病理检查为溃疡型腺癌Ⅱ级,侵及局部全层,累及胰头背膜、胆总管,上下切缘净。2004年5月好转出院。2005年1月出现腹部不适,腹部膨隆,腹胀逐渐加重,2005年1月17日来我院就诊,彩超提示腹盆腔内似腹水状广泛分布的囊实性低弱回声,无流动性,考虑粘连性囊腺癌可能性大。腹腔穿刺液为半透明胶冻样腹水。入院后反复穿刺抽液及注射5-FU、DDP、TNF等处理,腹胀可一度好转,腹水较前变稀,但症状反复。后于2005年9月29日行腹腔肿瘤切除术,术中见腹腔内有一35 cm×25 cm囊性包块,与腹壁广泛紧密粘连,分离粘连后,见其与膀胱、左卵巢粘连,并可见小肠、大肠肠壁及系膜、前后腹壁、膀胱、子宫、卵巢均有大小不等囊性小结节,肝、胃、十二指肠、脾因肿瘤广泛粘连未扪及。手术经过:分离囊肿粘连,切开囊壁,用吸引器于腔内吸出大量胶冻样物质,囊腔内仍可见大小不等囊肿,继续分离粘连至左卵巢,钳夹切除卵巢,提出囊肿,并用氩气刀固化腹壁残留囊壁后,吸尽腹腔内残血及胶冻样物质,用大量生理盐水冲洗腹腔,并用丝裂霉素6 mg+5-FU1.25 g灌洗腹腔。术后病理报告示:"腹部包块送检囊壁组织",其中见大量粘液及粘液湖,细胞无明确异型性。术后至今患者一般情况良好,腹腔内仍有少量胶冻样腹水。

2 讨论

粘液腺癌(MC)是一组起源于上皮组织,以粘液分泌异常亢进为特征的恶性肿瘤,在组织学方面表现为癌细胞内或/和外存在大量的粘液。较常见于胃、肠,也见于乳腺、卵巢、前列腺等组织,往往不同组织来源有其独特的生物学行为,进而在治疗和预后评估方面有一定的意义。

[收稿日期] 2006-11-15 [修回日期] 2007-03-18

维普资讯 http://www.cqvip.com

十二指肠腺癌为小肠恶性肿瘤,占小肠腺癌的40%。按癌瘤发生的部位分类,以乳头周围癌最多见,约占65%。组织学类型分为高、中、低分化腺癌,粘液腺癌及未分化癌;患者以皮肤巩膜黄染、腹部膨隆、腹胀、腹痛症状为主要特征。予手术切除,但据称术后有17%~75%的局部复发率[1];术后肿瘤细胞可能发生转移,累积腹膜、卵巢等,刺激腹膜及卵巢粘液性囊腺产生炎症,并分泌大量粘液细胞,逐渐增多而滞留于腹腔内,形成稠密粘液腹水,使腹腔广泛粘连,即有关报道腹膜病变(PMP)而产生"胶腹"、"果冻腹"等[2]。十二指肠恶性肿瘤行胰头十二指肠切除术后的5年生存率为5%~37%,平均为20%。本例患者为女性,据术中所见,粘液囊肿并非源于卵巢或阑尾,病灶广泛,手术不能彻底切除,术后虽给予腹腔内灌注化疗及生物治疗,但根据该病的生物学特点,估计很快会复发,预后不佳。

[参考文献]

[1] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 第2版. 上海:上海医科大学出版社,2000.1117.

[2] 邹二喜,贾树森. 腹膜假黏液瘤1例报告[J]. 实用癌症杂志,2003,18(1):49.

(编辑:朱志立)

阴道壁子宫内膜异位症22例临床分析

杜继新,田 波,林淑兰 (桦川县妇幼保健院,黑龙江 桦川 154300)

[关键词] 子宫内膜异位症;阴道壁;药物治疗;手术
[中图分类号] R711.71 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)03-0218-02

子宫内膜异位症是妇科的常见病,临床上常见两大类:一类是盆腔子宫内膜异位症,内膜异位在卵巢、子宫骶骨韧带等盆腔组织;一类是内膜异位在子宫肌层称子宫腺肌病,少数异位在宫颈、阴道、外阴等处。近年来虽诊断率较高,但治疗仍无突破性进展,关键是病因不确切。该病虽然属于良性病变,但具有类似恶性肿瘤的远处转移和种植生长能力,因此,给广大患者带来极大的痛苦,同时给治疗工作也带来一定的难度。我院自2000年至今共收治22例阴道壁子宫内膜异位症患者,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组患者共22例,均经手术和病理检查确诊。年龄20~45岁,平均31岁。其中18例有侧切分娩史,4例无阴道手术史。病灶大小为1.5~4.0 cm,单发病灶17例,多发病灶5例。患者均有与月经相伴的周期性阴道胀痛,且其中9例有自觉逐渐增大的阴道壁肿物。病史最长者为8年。查体:于阴道壁可触及触痛结节,实性、边界不清,活动度欠佳,其中13例位于侧切口附近。

1.2 治疗方法

单纯药物组:5例均用假孕疗法或假绝经疗法6~9个月。单纯手术组:4例仅作局部病灶切除,手术方法:常规消毒后,首先仔细辨认病灶的深度及范围,再行局部麻醉,将病灶及其周围2~3 cm的组织一并完整切除。切除过程中一定注意病灶组织的完整性,如果切除范围过小或病灶组织破碎,极易复发;切除范围过大,则组织损伤重,恢复慢。药物+手术组:本组13例术前应用了正规药物治疗3~4个月,其中应用大剂量孕激素4例,丹那唑4例,三苯氧胺3例,米非司酮2例,用药后阴道内异症未见明显缩小,均行手术治疗。

2 结果

本组22例均经随访观察,最长7年,最短6个月,平均19个月,用单独药物治疗的均无效,其中2例在外院作了半保守性手术,2例放弃治疗,1例仍在药物治疗中,其余17例均经手术治疗,除2例又发现对侧卵巢巧克力囊肿外,其余病人未见阴道或盆腔其他部位有复发征象。

3 讨论

子宫内膜异位症是一种妇科常见但至今未能克服的疾病,其发病机制不清,该疾病虽属良性却具有类似肿瘤侵袭、种植的特点[1]。本组有18例患者有会阴侧切手术史。阴道子宫内膜异位症,可以由子宫内膜碎片直接种植于阴道撕裂的创面,如产后引起会阴切口或阴道左侧壁下1/3处内异症,但没有损伤也可发生内异症,它可经血行或淋巴管播散而发生在阴道壁的任何部位。阴道后壁最常受累,最常见的部位是下1/3段和后穹窿,后者是由子宫直肠陷凹处,内异病灶直接向下扩展而浸润阴道后穹窿和直肠阴道隔。偶见阴道前壁,这可能与子宫-膀胱反折腹膜浸润,以及膀胱受累有关。

基于子宫内膜异位症的种植理论,为防止手术中子宫内膜的种植,我们认为,凡行会阴侧切者,在胎儿娩出后应用纱布垫保护好切口及其周围之组织,防止子宫内膜的种植,缝合切口前应用碘伏彻底消毒,并于阴道上端填塞纱布。这样,能有效地避免阴道壁子宫内膜异位症的发生。如术中病灶的切除干净彻底,术后可不再复发。阴道壁子宫内膜异位症的治疗比较棘手,无论单纯用药组或术前用药组,对局部病灶几乎无效,故作者主张,先用药物治疗3~6个月,局部病灶仍不消失者,对

[收稿日期] 2007-01-25 [修回日期] 2007-04-03